PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME EN URGENCE

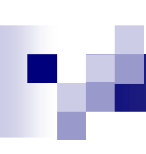
Dr D.MEKIDECHE
Service de pneumologie Matiben CHU Beni Messous

Définition de la crise d'asthme

La crise d'asthme est un épisode d'accès paroxystique de la dyspnée lies a une obstruction des voies aériennes.

La sévérité peut aller de la crise légère à la crise avec arrêt respiratoire imminent.

La crise d'asthme est une urgence médicale fréquente dont la gravité doit être évaluée objectivement par le médecin.



Exacerbations

Des que les symptômes dépassent le cadre temporel de la crise, au delà de 24 à 48h, on parle d'exacerbation.

Classiquement assimilé à l'attaque d'asthme qui décrit la survenue de crise subintrantes sur plusieurs jours avec ou sans dyspnée inter-critique.

On distingue des exacerbations sévère des non sévères on fonction de l'intensité et de la durée des symptômes.

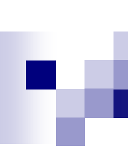


Diagnostic positif de la crise d'asthme repose sur :

- Des éléments cliniques :
  - -Dyspnée
  - -Sibilants
  - - Signes de détresse respiratoire

- Des éléments fonctionnels :
  - - DEP: le mesure du débit expiratoire de pointe et sa variabilité dans le nycthémère.

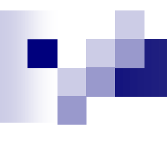
- Gazométrie sanguine



Diagnostic différentiel :

Il est indispensable d'éliminer devant une dyspnée avec sibilants:

- Une exacerbation de la BPCO
- Un œdème aigue du poumon



Principes de la prise en charge :

a. Bilan initial pour évaluer la sévérité de la crise

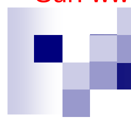
b. Adapter le traitement a la sévérité de la crise

c. Evaluer la réponse au traitement



Identification du degré de sévérité de la crise d’asthme

paramètre	Légère	Modérée	Sévère	Arrêt resp. Imminent
Difficultés respiratoires	En marchant peut s’allonger	En parlant préfère être assis	Au repos est penché en avant	
expression orale vigilance	Conversation peut être agité	Phrases généralement agité	Mots généralement agité	Somnolent ou confus
Fréquence respiratoire	Augmentée (inférieur à 25Mvt/mn)	Augmentée (entre 25 et 30Mvt/mn)	Souvent sup. 30Mvt/min	
Contraction muscles accessoires et tirage sus sternal	non	oui habituellement	Oui habituellement	Mouvements thoraco-abdominaux paradoxaux
sibilants	Modères en fin d’expiration	bruyants	bruyants	absence de sibilants
pulsation/minute	<100	100 à 120	> 120	bradycardie
DEP	Sup. à 80%	60 à 80%	<60%	
PaO2 et/ou	Normal <45mmHg	>à60mmHg <45mmHg	<60 cyanose possible >45mmHg	
SaO2	>95%	91 à 95 %	<90%	



Évaluation de la réponse au traitement :

A partir de ces critères on peut distinguer 3 types de réponse :

a. Bonne réponse :
- Disparition des symptômes
- Normalisation ou retour à la meilleure valeur du DEP > 80%

b. Réponse incomplète
- Diminution des symptômes ou réapparition des symptômes
- DEP entre 60 et 80%

c. Réponse médiocre
- Persistance ou aggravation des symptômes
- DEP < 60%



Traitement

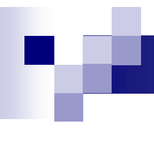
Le but du traitement est de restaurer l'état clinique et fonctionnel en levant l'obstruction et prévenir la rechute précoce en traitant l'inflammation:

A – Moyens thérapeutiques:

1 - Broncho-dilatateurs : Administres par voie inhalée en aérosol ou en nébulisation:

A- Beta2mimetique :

- Salbutamol en aérosol doseur avec chambre d'inhalation (8 à 12 bouffées).
- En nébulisation(1ml dans 3 à 4 CC de solution isotonique).
- Par voie parentérale:IM S/C Sous scope.



B – Anti-cholinergique :

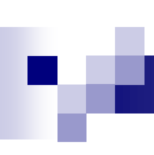
Bromure d'ipratropium en aérosol ou nébulisation 0,25 à 0,50 mg.

C- Théophylline:

En perfusion 250 mg en 30 minutes puis 0,6 à0,9 mg /kg /heure dans les asthmes sévères.

D- Adrénaline :

En IV ou SC en cas de collapsus .



2 - Corticoïdes: par voie orale :

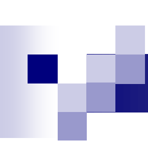
Prednisolone 30 à 60 mg /j
En IV : HHC 200 mg toutes les 6 heures ou méthyle prednisolone 60 mg toutes les 6 heures.

3 - Oxygène :

6 l/mn dans les crises sévères.

4 - Ventilation assistée :

réservée aux structures de soins intensives.



Crise légère

β2 mimétique inhales à action brève généralement par nébulisation une dose toutes les 20 minutes pendant 1 heure (1ml dans 3cc de sérum isotonique) ou en spray ou chambre d'inhalation(8 à 12 bouffés)

<u>répéter l'évaluation de la severite de la crise :</u>

Bonne réponse:

DEP>70%
Examen clinique normal
Oxymétrie>90%

↓

Retour au domicile

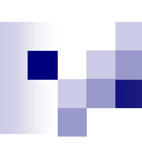
↓

B2 inhales- CTC ?
Éducation patient

mauvaise réponse :

↓

crise modérée



Crise modérée

DEP 60 à 80 %
Examen clinique: Sympt. modères
Utilisation muscles accessoires

↓

β2 inhales toutes les heures en nébulisation (traitement à continuer1 à 3 h)
CTC

↓ **Bonne réponse**

↓ **Mauvaise réponse** = Crise Sévère

↓

Retour au domicile :

B2 inhales- CTC
Education du patient



Crise sévère

DEP < 60

Ex : clinique Sp sévéres au repos

ATCD : patient à haut risque

- B2 inhales et anticholinergiques inhales
- O2-CTC systémique
- B2 sympathomimétique SC, IM ou IV
- Magnésium en IV
  (Theophyline)

→

Faible réponse

Sp sévere DEP <30%

PCO2 >45%

PO2< 60mmhg

↓ ↓

Soins intensifs

↓

Bonne réponse

DEP >70% Sat O2 >90%

Examen physique normal

↓

Retour à domicile

↘

Réponse incompléte aprés 1 à 2h

Sp modéré à léger

DEP>50% mais <70%

↓

Hospitalisation à l'hopital

B2 + anticholinergique+CTC+ aminophylline

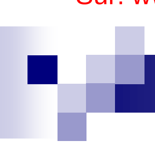
Les facteurs de hauts risques d’asthme fatal:

- Corticothérapie par voie générale en cours ou en sevrage récent

- Une hospitalisation ou des recours multiples au urgence pour asthme durant l’année précédente

- Une intubation antérieure pour asthme .

- Une affection psychiatrique sévère .



Critères d'hospitalisation

Hospitalisation dans un service de soins intensifs :

- Crise avec signes d'arrêt respiratoire imminent à l'arriver .

- Crise sévère qui s'aggrave sous traitement avec apparition d'arrêt respiratoire imminent.

- Malade à haut risque avec des signes de crise sévère dont l'état ne s'améliore pas sous traitement avec un DEP<30%.

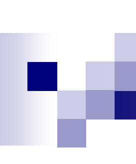
Hospitalisation dans un service d'urgence pendant 6à 12heures:

- Crise sévère avec DEP<50%

- Crise modérée chez un patient à haut risque ou ne répondant pas à un traitement initial.

Hospitalisation dans un service de pneumologie ou de médecine au delà de la 12 heure:

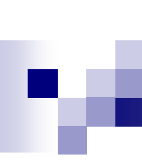
- Crise sévère ne s'étant pas améliorée après un traitement d'urgence adéquat(DEP entre 30 et 70%).



Asthme aigu grave

AAG est défini chez l'adulte par l'un des signes suivants:

- Pouls supérieur à 110 par minute, fréquence respiratoire supérieure ou égale a 25 par minute.
- Impossibilité de terminer les phrases en un seul cycle respiratoire.
- DEP inférieur a 50% de la théorique ou de la meilleure valeur connue du patient.
- Bradycardie .
- Hypotension.
- Silence auscultatoire.
- Cyanose.
- Confusion ou coma.
- Epuisement.

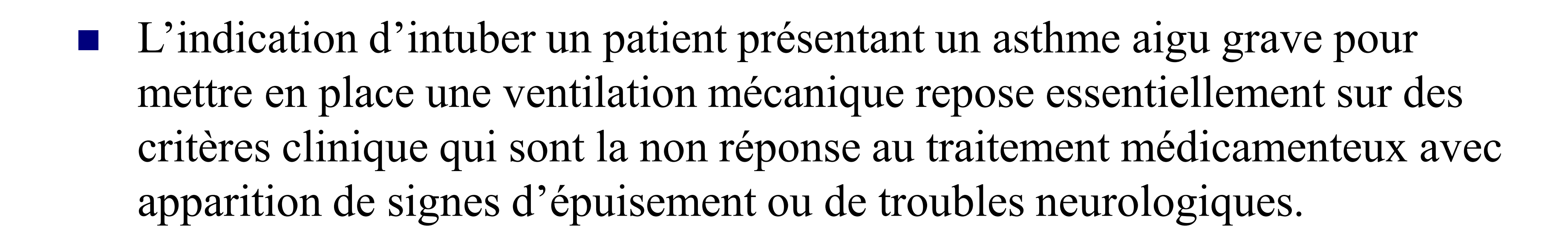


AAG avec arrêt respiratoire imminent

- Béta2 agonistes en IV : 200 microgrammes de salbutamol en 10 min dans une perfusion des 125 ml de sérum glucosé et à l'aide d'une seringue électrique à raison de 12.5 microgrammes par min en moyenne (mais qui peut être comprise entre 3 et 30 microgrammes/minute).

Le traitement est débuté à 0.1 ou 0.2 microgrammes/kg/min, puis la dose est doublée toutes les 10 à 15 min toutes en surveillant le rythme cardiaque.

- si non réponses au beta2agoniste ou en cas de collapsus, l'adrénaline peut être administré par voie sous cutanée ou intramusculaire à la dose 0.1microg/Kg.



- L’indication d’intuber un patient présentant un asthme aigu grave pour mettre en place une ventilation mécanique repose essentiellement sur des critères clinique qui sont la non réponse au traitement médicamenteux avec apparition de signes d’épuisement ou de troubles neurologiques.



Lorsqu'une hospitalisation est indiquée le transfert du malade du service des urgences vers un autre service(médecine,pneumo,soins intensifs)ne doit être fait que si les conditions de sécurité du malade sont assurées .

-Si le transfert est envisagé vers un service se trouvant dans le même établissement il faut s'assurer que dans ce service ,un médecin est présent et peut poursuivre les soins et la surveillance permanente ,surtout durant les douze premières heures.

-Si le transfert est envisagé vers un autre établissement,il ne doit être effectué qu'après avoir entrepris le traitement maximum disponible dans le service.

Le transfert doit s'opérer dans une ambulance médicalisée , sous oxygène fourni par une sonde nasale à fort débit (6l/mn) et une perfusion de sérum glucosé isotonique pour maintenir un abord veineux.